**浙江工商大学学生体质健康测试免测申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 学号 |  |
| 学 院 |  | 班级 |  | 联系电话 |  |
| 原因 | 申请人： 年 月 日 |
| 本人承诺，此表以上内容由本人填写，真实无误。如有虚假，由本人承担相应的全部责任。申请人（签名）： 日期： 年 月 日 |
| 所在学院意见 |  学院领导签字（盖章）: 年 月 日 |
| 体育部意见 | 是否同意免测（请选择打“√”）同意（ ） ，不同意（ ） 经办人： 年 月 日 |

注：因病或残疾无法参加测试的学生，请下载本表后按要求完成本人、学院的意见填报。疾病证明需为县级（或二甲）以上公立医院开具证明的复印件（需明确近阶段仍无法参加剧烈运动），并携带原件备查。